

For company use – intermediary details and stamp | Untuk penggunaan perusahaan – rincian perantara dan stempel

Intermediary company Perusahaan perantara:	Fax number: Nomor Fax:
	Email address: Alamat email:
Contact/Adviser name: Nama Kontak/Penasehat:	Official stamp: Stempel resmi:
Telephone number: Nomor telepon:	

If **You** are applying for one of **Group Plans** with **Benefits** similar to those of **Your** current policy, **We** may be able to offer **You** a continuous transfer, which means that **We** will not ask for full details about **Your** employees' medical history and cover can continue. For any new **Benefits** the waiting period will apply. Any **Benefits** covered under **Your** previous policy but not covered under **Group Plan** will not be **Eligible** for cover following the transfer. Any endorsements that applied to **Your** existing policy will continue to apply to **Your** new **Group Plan**.

Please complete this form in BLOCK CAPITALS. **You** should attach a copy of **Your** existing certificate of insurance, detailing any endorsements and the **Start Date** of the existing policy.

A deliberate or reckless misrepresentation by **You** may lead to **Us** voiding **Your** membership. Where **You** make a careless misrepresentation **We** may void **Your** **Group Plan** or decline or reduce related claim payments. A misrepresentation is an untrue statement of fact relied on by one party, in this case **Us**, in establishing the terms of a contract (**Your** **Group Plan**). **You** should ensure that **You** complete **Your** application carefully, accurately and fairly. If **You** are unsure on any matter **You** should contact **Us**.

We advise **You** to keep a record of all information **You** supply to **Us** in connection with this application.

If, after completing **Your** application form and before the latest of either **Our** written acceptance, payment of premium or **Your** **Start Date/Entry Date**, anything occurs which affects the information **You** provided in this form, such as a change in **Your** state of health or the state of health of any of **Your** **Dependants** or employees, **You** must tell **Us** in writing about the change.

We reserve the right to decline or accept **Your** application or to accept **Your** application form with special terms.

If **You** have used an authorised insurance broker **You** understand, acknowledge and agree that by buying this **Plan**, **We** will pay the authorised insurance broker commission during the life of the **Plan** including renewals. **You** also understand that this agreement is necessary for **Us** to proceed with **Your** application.

Please send **Your** completed application form along with a copy of **Your** government issued identity document to **Us** via **Your** intermediary, or direct to PT Sampo Insurance Indonesia. **You** can also scan and email it to IndonesiaService@now-health.com or fax it to +62 21 515 7639.

Jika **Anda** ingin mengajukan permohonan untuk salah satu **Polis Grup** dengan manfaat yang sama dengan manfaat dari polis **Anda** saat ini, **Kami** dapat menawarkan perpindahan berkelanjutan, yang berarti **Kami** tidak akan meminta rincian riwayat medis **Karyawan Anda** dan pertanggung jawaban dapat berlangsung terus-menerus. Masa tunggu akan berlaku untuk setiap **Manfaat** baru. Setiap **Manfaat** yang ditanggung dalam polis **Anda** sebelumnya tapi tidak ditanggung berdasarkan **Polis Grup** tidak akan **Memenuhi Syarat** untuk mendapatkan pertanggung jawaban setelah perpindahan tersebut. Adendum yang berlaku pada polis **Anda** yang sudah ada akan tetap berlaku pada **Polis Grup** baru **Anda**.

Silahkan isi formulir ini menggunakan HURUF BESAR. **Anda** harus melampirkan salinan ikhtisar polis dan sertifikat asuransi **Anda** yang sudah ada, yang menjelaskan addendum dan **Tanggal Mulai** dari polis yang ada.

Sebuah pernyataan keliru yang disengaja atau ceroboh oleh **Anda** dapat menyebabkan **Kami** membatalkan kepesertaan **Anda**. Di mana **Anda** membuat pernyataan keliru **Kami** dapat membatalkan Rencana **Grup Anda** atau menolak atau mengurangi pembayaran klaim terkait. Sebuah pernyataan yang keliru adalah pernyataan fakta yang tidak benar yang diandalkan oleh satu pihak, dalam hal ini **Kami**, dalam menetapkan persyaratan kontrak (**Polis Grup Anda**). **Anda** harus memastikan bahwa **Anda** melengkapi aplikasi **Anda** dengan hati-hati, akurat dan lengkap. Jika **Anda** tidak yakin dengan masalah apapun **Anda** harus menghubungi **Kami**.

Kami menyarankan **Anda** untuk menyimpan catatan semua informasi yang **Anda** berikan kepada **Kami** sehubungan dengan aplikasi ini.

Jika, setelah mengisi Formulir permohonan **Anda** dan sebelum persetujuan tertulis **Kami**, pembayaran premi atau **Tanggal Mulai/Tanggal Masuk Anda**, sesuatu terjadi yang mempengaruhi informasi yang **Anda** berikan dalam formulir ini, seperti perubahan kondisi kesehatan **Tanggungan Anda** atau karyawan **Anda**, **Anda** harus memberitahu **Kami** secara tertulis tentang perubahan tersebut.

Kami berhak untuk menolak atau menerima permohonan **Anda** atau menerima Formulir permohonan **Anda** dengan persyaratan Khusus.

Jika **Anda** menggunakan broker resmi asuransi, **Anda** memahami, menyatakan dan menyetujui bahwa dengan membeli **Polis** ini, **Kami** akan membayar komisi broker resmi asuransi selama masa **Polis** termasuk perpanjangannya. **Anda** juga memahami bahwa **Kami** memerlukan perjanjian ini untuk memproses permohonan **Anda**.

Mohon kirimkan formulir permohonan yang telah diisi beserta salinan kartu identitas **Anda** yang diterbitkan oleh pemerintah kepada kami melalui Pihak Perantara, atau langsung ke PT Sampo Insurance Indonesia. **Anda** juga dapat mengirimkan pindai dan surel ke IndonesiaService@now-health.com atau faks ke +62 21 515 7639.

Section 1: Previous Medical Insurance | Bagian 1: Asuransi Medis Sebelumnya

Policy no.: No polis.:	Date cover expires/expired (dd/mm/yyyy): Tgl pertanggungan berakhir (tgl/bln/thn):	/	/
Name of Insurer: Nama Pananggung:			
Do You intend to continue with the existing insurance? Apakah Anda berniat untuk melanjutkan dengan asuransi yang sudah ada?		Yes Ya ☐	No Tidak ☐

Section 2: Group members | Bagian 2: Peserta Grup

2.1 Name of Planholder | Nama Pemegang Polis

First name(s):
Nama Depan:

Family name:
Nama Keluarga:

What do **You** like to be called?
Nama Panggilan **Anda**?

(If **You** full name is John Andrew Smith, **You** might like to be called John or Mr Smith or Andy. **We** will address all correspondence to **You** in this way.)
(Jika nama lengkap **Anda** adalah John Andrew Smith, **Anda** mungkin ingin dipanggil John atau Mr Smith atau Andy. **Kami** akan membalas semua surat untuk **Anda** dengan cara ini)

2.2 Planholder details | Rincian Pemegang Polis

Company name:
Nama Perusahaan:

Group Plan number:
Nomor **Polis Grup**:

Address:
Alamat:

Email address:
Alamat email:

Preferred telephone number (including country code):
Nomor telepon utama (termasuk kode negara):

Is this **Your** ☐ Mobile ☐ Home ☐ Work ☐ If **You** would like SMS notifications, please tell us **Your** mobile number:
Keterangan *HP* *Rumah* *Tmpt Kerja* Jika **Anda** menginginkan pemberitahuan lewat SMS, sebutkan nomor *HP* **Anda**:

Gender: Male ☐ Female ☐ Date of birth (dd/mm/yyyy):
Jenis Kelamin: Laki-laki Perempuan Tanggal lahir (tgl/bln/thn):

Country of Residence:
Negara tempat tinggal:

Nationality:
Kewarganegaraan:

Height:
Tinggi (cm/ft):

Weight:
Berat badan (kg/lbs):

Occupation:
Pekerjaan:

Occupation industry:
Bidang Pekerjaan:

Are **You** or any intended member of this policy, or any family member or close associate a politically exposed person?
(If yes please provide further details)
Apakah **Anda** atau anggota yang dituju sehubungan dengan polis ini, atau anggota keluarga atau pihak terasosiasi, orang yang dieksploitasi secara politik? (apabila Ya mohon berikan rincian lebih lanjut)

Yes | Ya ☐ No | Tidak ☐

2.3 Spouse and Dependant details | Rincian tanggungan dan pasangan

Spouse details | Rincian pasangan

First name(s):
Nama Depan:

Family name:
Nama Keluarga:

What does he/she like to be called?
Apa nama panggilannya?

Gender: Male ☐ Female ☐
Jenis Kelamin: Laki-laki Perempuan

Date of birth (dd/mm/yyyy):
Tanggal lahir (tgl/bln/thn):

Country of Residence:
Negara tempat tinggal:

Nationality:
Kewarganegaraan:

Height:
Tinggi (cm/ft):

Weight:
Berat badan (kg/lbs):

Occupation:
Pekerjaan:

Occupation industry:
Bidang Pekerjaan:

Dependant details <i>Rincian Tanggungan</i>	Dependant <i>Tanggungan 1</i>	Dependant <i>Tanggungan 2</i>	Dependant <i>Tanggungan 3</i>	Dependant <i>Tanggungan 4</i>
First name(s): <i>Nama depan:</i>				
Family name: <i>Nama keluarga:</i>				
What does he/she like to be called? <i>Apa nama panggilannya?</i>				
Gender: <i>Jenis kelamin:</i>	Male ☐ <i>Laki-laki</i> Female ☐ <i>Perempuan</i>	Male ☐ <i>Laki-laki</i> Female ☐ <i>Perempuan</i>	Male ☐ <i>Laki-laki</i> Female ☐ <i>Perempuan</i>	Male ☐ <i>Laki-laki</i> Female ☐ <i>Perempuan</i>
Date of birth (dd/mm/yyyy): <i>Tanggal lahir (tgl/bln/thn):</i>	/ /	/ /	/ /	/ /
Country of Residence: <i>Negara tempat tinggal:</i>				
Nationality: <i>Kewarganegaraan:</i>				
Height: <i>Tinggi (cm/ft):</i>				
Weight: <i>Berat badan (kg/lbs):</i>				
Relationship to Planholder : <i>Hubungan dengan Pemegang Polis:</i>				
Occupation (ages 16+): <i>Pekerjaan (usia 16+):</i>				

2.4 Health declaration | *Pernyataan kesehatan*

If **You** have more than five **Dependants**, please use a separate sheet of paper and attach it to this application.
You do not need to disclose matters related to common colds, **Vaccinations** or hayfever.
*Jika **Anda** memiliki lebih dari lima **Tanggungan**, silahkan gunakan lembar kertas terpisah dan lampirkan ke permohonan ini.*
***Anda** tidak perlu mengungkapkan hal yang berkaitan dengan batuk pilek, **Vaksinasi** atau demam.*

	Planholder <i>Pemegang polis</i>	Dependant (Spouse) <i>Tanggungan (Pasangan)</i>	Dependant <i>Tanggungan 1</i>	Dependant <i>Tanggungan 2</i>	Dependant <i>Tanggungan 3</i>	Dependant <i>Tanggungan 4</i>
2.4.1 Have You in the last five years ever undergone any Surgical Procedure, been a patient or been treated in a Hospital, clinic, sanatorium, nursing home or other medical institution where You were off work for more than one week, and/or received more than 10 days' Treatment? <i>Apakah Anda dalam lima tahun terakhir pernah mengalami Operasi, menjadi pasien atau pernah dirawat di Rumah Sakit, klinik, sanatorium, panti jompo atau institusi medis lain sehingga Anda tidak bekerja selama lebih dari satu minggu, dan/atau menerima Perawatan lebih dari 10 hari ?</i>	Yes No <i>Ya Tdk</i> ☐	Yes No <i>Ya Tdk</i> ☐	Yes No <i>Ya Tdk</i> ☐	Yes No <i>Ya Tdk</i> ☐	Yes No <i>Ya Tdk</i> ☐	Yes No <i>Ya Tdk</i> ☐
2.4.2 Have You ever been diagnosed with, hospitalised for, received Treatment, tests or investigations for any type of disease, physical impairment, congenital or had signs or symptoms of or hereditary disorder, disability, recurrent illness, currently pregnant, major injury or Medical Condition? <i>Apakah Anda pernah didiagnosa, menderita, dirawat di rumah sakit, Menerima Pengobatan, tes atau investigasi untuk semua jenis Penyakit, gangguan fisik, bawaan atau memiliki tanda atau Gejala atau kelainan bawaan, kecacatan, penyakit kambuhan, Sedang hamil, luka berat atau Kondisi Medis?</i>	Yes No <i>Ya Tdk</i> ☐	Yes No <i>Ya Tdk</i> ☐	Yes No <i>Ya Tdk</i> ☐	Yes No <i>Ya Tdk</i> ☐	Yes No <i>Ya Tdk</i> ☐	Yes No <i>Ya Tdk</i> ☐
2.4.3 Are You currently taking any kind of medication (other than oral contraceptives), or is any Treatment or tests currently being performed or planned, or any day or In-Patient hospitalisation scheduled? <i>Apakah Anda saat ini mengonsumsi jenis obat tertentu (selain pil KB), atau apakah Perawatan atau tes saat ini sedang dilakukan atau direncanakan untuk dilakukan, atau Rawat Inap Atau Rawat Sehari yang terjadwal di Rumah sakit?</i>	Yes No <i>Ya Tdk</i> ☐	Yes No <i>Ya Tdk</i> ☐	Yes No <i>Ya Tdk</i> ☐	Yes No <i>Ya Tdk</i> ☐	Yes No <i>Ya Tdk</i> ☐	Yes No <i>Ya Tdk</i> ☐

Additional information | Informasi Tambahan

If **You** answered 'Yes' to any of questions 2.4.1 to 2.4.3, please provide details in the box below.

Please provide as much detail as possible, including the date and nature of diagnosis, frequency and severity of symptoms, date of last episode as well as details of any past, current or known future **Treatment**.

Jika **Tanggungjawab Anda** menjawab 'Ya' untuk pertanyaan 2.4.1 hingga 2.4.3, silahkan berikan rincian dalam kolom di bawah.

Silahkan berikan keterangan serinci mungkin, termasuk tanggal dan sifat diagnosa, frekuensi dan keparahan gejala, tanggal kejadian terakhir serta rincian dari semua **Perawatan** sebelumnya, saat ini atau nanti yang diketahui.

Member name <i>Nama Peserta</i>				
Diagnosis (If none made please describe the exact nature of symptoms suffered) Diagnosa (bila tidak ada, tolong jelaskan ciri khas gejala yang diderita)				
Date of consultation <i>Tanggal konsultasi</i>				
Treatment/ Medication received <i>Perawatan yang diterima</i>				
Date of last treatment/ symptoms <i>Tanggal terakhir perawatan/gejala</i>				
Any underlying cause <i>Penyebab sakit</i>				
Specific location on body including left or right <i>Lokasi spesifik pada badan termasuk kiri atau kanan</i>				
Outcome (e.g. on-going complete recovery, likely to recur) or for smears, frequency (annually, 6-monthly) Hasil (misalnya pemulihan lengkap yang sedang berjalan, kemungkinan akan kambuh) atau untuk smear, frekuensi (setiap tahun 6 bulanan)				

2.5 Doctor's contact details | *Rincian kontak dokter*

Please give details of **Your** current usual doctor or the one who is most familiar with **Your** medical history.

Silahkan berikan rincian mengenai dokter yang biasanya menangani **Anda** atau dokter yang paling mengetahui riwayat kesehatan **Anda**.

Medical Practitioner's details | *Rincian Praktisi Medis*

Name: Nama:	Telephone number: Nomor telepon:
Address: Alamat:	
Date of last attendance and reason: Tanggal kontrol terakhir dan alasannya:	

Section 3: Important notes | *Bagian 3: Catatan Penting*

Buying health insurance products that are not suitable for **You** may impact **Your** ability to finance **Your** future healthcare needs. **You** should seek advice from **Us** or a qualified adviser if in doubt before **You** sign this application form. Should **You** choose not to, **You** are taking sole responsibility to ensure that this product is appropriate to **Your** financial needs and insurance objectives.

Quotations are valid for 30 days subject to the above details remaining the same and are issued in accordance with WorldCare **Group Plan** terms, conditions and exclusions.

The premiums quoted have been calculated based on each person's age at the date of the quotation. Premiums may be subject to change if the age of any person increases prior to the actual **Start Date** of **Your** WorldCare **Group Plan**. Cover cannot start until **You** have accepted all of **Our** terms and conditions following **Our** receipt of this application form and **We** have received the correct premium.

The premiums quoted have been based on Your Body Mass Index being within normal limits.

Data Privacy

We collect personal information about **You** and **Your Dependants** (including health, bank account and occupation) in the course of considering **Your** application and, if a **Plan** is issued to **You**, conducting **Our** relationship with **You**. This information will be processed for the purposes of underwriting **Your** insurance coverage, managing any **Plan** issued and administering claims. **Your** information may be passed to PT Sampo Insurance Indonesia group companies and other companies administering **Your Plan**, **Underwriters**, **Medical Practitioners**, Medical Assistance Companies and Claims Administrators for these purposes, including those located outside Indonesia. The same duty of confidentiality is required of any third parties to whom the administration of **Your Plan** may be subcontracted, including those based outside Indonesia. **Your** personal details will not be disclosed to other organisations without **Your** consent.

You have a right of access to, and correction of, information that **We** hold about **You**. Please contact **Us** if **You** would like to exercise either of these rights. Some of the information **We** collect about **You** may be classified as "sensitive" – that is information about racial or ethnic origin and physical or mental health. Data protection laws impose specific conditions in relation to sensitive information, including, in some circumstances, the need to obtain **Your** explicit consent before **We** process the information.

By signing this Application Form **You** consent to the processing and transfer of information (including sensitive information) described in this notice. Without this consent **We** will not be able to consider **Your** application.

Now Health International group companies providing IPMI (International Private Medical Insurance) products may contact **You** by letter, SMS or email with details of other IPMI (International Private Medical Insurance) or related products and services, which may be of interest to **You**. If **You** do not wish this to happen please tick this box ☐. **You** may opt out of future marketing by contacting **Us** at any time. A list of Now Health International group companies, their contact details and **Our** Data Privacy Policy is available at www.now-health.com.

Membeli produk asuransi kesehatan yang tidak cocok untuk **Anda** dapat mempengaruhi kemampuan **Anda** dalam membiayai kebutuhan perawatan kesehatan di masa mendatang. **Anda** harus meminta nasihat kepada **Kami** atau penasihat yang memenuhi syarat jika ada keraguan sebelum **Anda** menandatangani Formulir permohonan ini. Jika **Anda** memilih untuk tidak meminta nasehat, **Anda** bertanggung jawab untuk memastikan bahwa produk ini sesuai dengan kebutuhan keuangan dan tujuan asuransi **Anda**.

Penawaran ini berlaku selama 30 hari berdasarkan rincian di atas yang tetap sama dan diterbitkan sesuai dengan syarat, ketentuan dan pengecualian **Polis Grup** WorldCare.

Premi yang ditawarkan telah dihitung berdasarkan usia masing-masing orang pada tanggal penawaran. Premi dapat berubah jika usia seseorang bertambah sebelum **Tanggal Mulai** sebenarnya dari **Polis Grup** WorldCare **Anda**. Pertanggungjawaban tidak dapat dimulai hingga **Anda** telah menyetujui semua syarat dan ketentuan setelah **Kami** menerima Formulir permohonan ini dan setelah **Kami** menerima premi yang benar.

Premi yang ditawarkan ini didasarkan pada Body Mass Index Anda yang berada dalam batas normal.

Privasi Data

Kami mengumpulkan informasi pribadi tentang **Anda** dan **Tanggungjawab Anda** (termasuk kesehatan, rekening bank dan pekerjaan) dalam hal untuk mempertimbangkan permohonan **Anda** dan, jika **Polis** diterbitkan untuk **Anda**, menjalankan hubungan **Kami** dengan **Anda**. Informasi ini akan diproses untuk tujuan penjaminan pertanggungjawaban Asuransi **Anda**, mengelola **Polis** yang diterbitkan dan pengurusan klaim. Informasi **Anda** mungkin diteruskan ke grup perusahaan PT Sampo Insurance Indonesia dan perusahaan lainnya yang mengurus **Polis Anda**, **Penanggung**, **Praktisi Medis**, Perusahaan Bantuan Medis dan Administrator Klaim **Anda** untuk tujuan ini, termasuk yang berlokasi di luar Indonesia. Kewajiban kerahasiaan yang sama berlaku bagi pihak ketiga yang disubkontrak untuk mengurus **Polis Anda**, termasuk yang beroperasi di luar Indonesia. Rincian pribadi **Anda** tidak akan diungkapkan kepada perusahaan lain tanpa persetujuan **Anda**.

Anda berhak untuk mengakses dan mengoreksi informasi yang **Kami** miliki tentang **Anda**. Silahkan hubungi **Kami** jika **Anda** ingin menggunakan salah satu dari hak ini. Beberapa informasi yang **Kami** kumpulkan tentang **Anda** dapat diklasifikasikan sebagai "Sensitif" – yaitu informasi tentang asal-usul ras atau etnis dan kesehatan fisik atau jiwa. Undang-undang perlindungan data memberlakukan ketentuan khusus sehubungan dengan informasi rahasia, termasuk, dalam beberapa keadaan, pentingnya mendapatkan persetujuan eksplisit **Anda** sebelum **Kami** memproses informasi.

Dengan menandatangani Formulir permohonan ini **Anda** menyetujui atas pemrosesan dan transfer informasi (termasuk informasi sensitif) yang dijelaskan dalam pemberitahuan ini. Tanpa persetujuan ini **Kami** tidak dapat mempertimbangkan permohonan **Anda**.

Perusahaan grup Now Health International yang menyediakan produk IPMI (Asuransi Swasta Kesehatan Internasional) dapat menghubungi **Anda** melalui surat, SMS atau email dengan rincian IPMI (Asuransi Swasta Kesehatan Internasional) lainnya atau layanan dan produk terkait, yang mungkin menarik bagi **Anda**. Jika **Anda** tidak ingin ini terjadi, silahkan centang kotak ini ☐. **Anda** dapat memilih keluar dari pemasaran dimasa mendatang dengan menghubungi **Kami** setiap saat. Daftar perusahaan grup Now Health International, rincian kontak mereka dan Kebijakan Data Privasi **Kami** tersedia di www.now-health.com.

Section 4: Declaration and authorisation | Bagian 4: Pernyataan dan Otorisasi

I hereby apply for cover on behalf of all the persons named in this application form for a WorldCare **Group Plan** as specified above.

I have received and read the **Benefit Schedule**, Terms and Conditions, Definitions, **Benefits** and exclusions of this **Group Plan**. I understand that the Application Form, Group Agreement, **Certificate of Insurance**, **Benefit Schedule** and the Members' Handbook incorporating the **Group Plan** terms and conditions make up the contract between **Us** and all form part of the **Group Plan** Agreement.

I am aware that cover shall be provided in accordance with the Agreement.

- I declare that the information given in this application is true and that disclosure in respect of each person included in this application is complete, even if some of the information provided is not in my own handwriting. I understand it is unlawful for me to knowingly provide false, incomplete or misleading facts or information to PT Sampo Insurance Indonesia for the purpose of defrauding or attempting to defraud PT Sampo Insurance Indonesia. Penalties may include imprisonment, fines, denial of coverage, rescission of **Benefits** and legal damages.
- I understand that I must notify PT Sampo Insurance Indonesia of any changes in the facts contained in this application form, such as a change in the state of health of any person named in it, before the latest of either written acceptance, payment of premium or the **Start Date/Entry Date**.
- I declare that I have read and understood the Members' Handbook which contains Product Information and Key Product Provisions, details of my rights and **Your** obligations to me:
 - cancellation and termination rights
 - complaints procedures
 - law and jurisdiction of the **Group Plan**
 - language of the **Group Plan** and **Our** service
 - compensation arrangements
 - Plans** are underwritten by PT Sampo Insurance Indonesia in association with Now Health International
- I have consent from all my **Dependants** covered under the **Plan** to administer additions and deletions and review claim payment reports on their behalf.
- I understand that PT Sampo Insurance Indonesia cannot be liable and therefore will not pay claims if my **Plan** is lapsed should PT Sampo Insurance Indonesia be unable to collect my premium for whatever reason and I do not provide PT Sampo Insurance Indonesia with an alternative method of payment within seven days of PT Sampo Insurance Indonesia request for alternative methods of payment.
- I have read the important notes.
- I agree to the declaration above and understand that cover is provided in accordance with the terms and conditions of the WorldCare **Group Plan**.

Dengan ini saya mengajukan permohonan pertanggung jawaban atas nama semua orang yang tercantum dalam Formulir permohonan ini untuk **Polis Grup** WorldCare sebagaimana dijelaskan di atas.

Saya telah menerima dan membaca **Ikhtisar Manfaat**, Syarat dan Ketentuan, Definisi, Manfaat dan pengecualian **Polis Grup** ini. Saya mengerti bahwa Formulir permohonan, **Sertifikat Asuransi**, **Ikhtisar Manfaat** dan Buku Panduan Peserta yang mencakup syarat dan ketentuan **Polis Grup**, membentuk kontrak antara **Kami** dan semua pihak dalam Perjanjian **Polis Grup**.

Saya menyadari bahwa pertanggung jawaban harus diberikan sesuai dengan Perjanjian ini.

- Saya menyatakan bahwa informasi yang diberikan dalam permohonan ini adalah benar dan bahwa pengungkapan atas setiap orang yang tertera dalam formulir ini sudah lengkap, meski beberapa informasi yang diberikan tidak dalam bentuk tulisan tangan saya sendiri. Saya mengerti merupakan pelanggaran hukum bagi saya atau **Tanggung** saya bila dengan sengaja memberikan keterangan palsu, tidak lengkap atau menyembunyikan fakta atau informasi kepada PT Sampo Insurance Indonesia untuk tujuan penipuan atau mencoba untuk menipu PT Sampo Insurance Indonesia. Sanksi dapat berupa penjara, denda, penolakan pertanggung jawaban, pembatalan **Manfaat** dan ganti rugi hukum.
- Saya memahami bahwa saya harus memberitahu PT Sampo Insurance Indonesia mengenai setiap perubahan fakta-fakta yang terkandung dalam Formulir permohonan ini, seperti perubahan kondisi kesehatan setiap orang yang tercantum di dalamnya, sebelum persetujuan tertulis, pembayaran premi atau **Tanggal Mulai/ Tanggal masuk**.
- Saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan memahami Buklet "Panduan Asuransi Kesehatan **Anda**", dan Buku Panduan Peserta yang berisi Informasi Produk dan Ketentuan-Ketentuan Kunci Produk, rincian hak saya dan kewajiban **Anda** kepada saya:
 - Hak pembatalan dan pemutusan
 - Prosedur Keluhan
 - Hukum dan yurisdiksi **Polis Grup**
 - Bahasa **Polis Grup** dan layanan **Kami**
 - Penyusunan kompensasi
 - Polis** ini ditanggung oleh PT Sampo Insurance Indonesia dalam asosiasi dengan Now Health International
- Saya mendapat persetujuan dari semua tanggungan saya yang ditanggung dengan **Polis** ini untuk mengurus penambahan dan penghapusan dan meninjau laporan pembayaran klaim atas nama mereka.
- Saya memahami bahwa PT Sampo Insurance Indonesia tidak bertanggung jawab atas dan karena itu tidak akan membayar klaim jika **Polis** saya kadaluarsa sehingga PT Sampo Insurance Indonesia tidak dapat menagih premi saya untuk alasan apapun dan saya tidak memberi PT Sampo Insurance Indonesia metode pembayaran alternatif dalam waktu tujuh hari dari permintaan PT Sampo Insurance Indonesia untuk metode pembayaran alternatif.
- Saya telah membaca catatan penting ini.
- Saya setuju dengan pernyataan di atas dan memahami bahwa pertanggung jawaban yang diberikan sesuai dengan syarat dan ketentuan dari **Polis Grup** WorldCare.

Signature (Insured): | Tanda tangan (Tertanggung):

Date (dd/mm/yyyy): | Tanggal (tgl/bln/thn):

/ /

Signature & Name of Adviser: | Tanda tangan dan nama penasehat:

Date (dd/mm/yyyy): | Tanggal (tgl/bln/thn):

/ /

Policies are underwritten and issued by PT Sampo Insurance Indonesia in association with Now Health International. Now Health International's subsidiary company in Indonesia is PT Now Health International Indonesia which provides Management Consultancy advice in International Private Medical Insurance to PT Sampo Insurance Indonesia. Visit www.sampo.co.id to find out more about PT Sampo Insurance Indonesia.

Polis ini diseleksi risiko dan diterbitkan oleh PT Sampo Insurance Indonesia dalam asosiasi dengan Now Health International. Anak perusahaan Now Health International adalah PT Now Health International Indonesia yang memberikan saran konsultasi manajemen untuk Asuransi Kesehatan Internasional kepada PT Sampo Insurance Indonesia. Kunjungi www.sampo.co.id untuk mengetahui lebih banyak mengenai PT Sampo Insurance Indonesia.